CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



900467430-3
LSO. N° 94639 del 28/11/2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1017156620-7284

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	10/12/2020 APARTADO		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	JOSE ALEJANDRO GOMEZ GARCIA		**Identificación:**	1017156620	
Género	MASCULINO	**Edad:** 33	**Teléfono**		**Móvil:** 3144314233
Estado Civil:	CASADO(A)		**Cargo:**	FACILITADOR	
Dirección Empresa	APARTADÓ		**EPS:**	NO REPORTA	
			Escolaridad:	UNIVERSITARIO	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

1. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS
2. EJERCICIO REGULAR POR SEMANA (150 MIN DIVIDIDOS EN VARIOS DÍAS)
3. CAPACITAR EN LA PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR
4. SUMINISTRAR Y CAPACITAR EN EL USO DE TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS PARA REALIZAR SU TRABAJO DE MANERA SEGURA
5. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y BUENOS HABITOS POSTURALES EN SITIO DE TRABAJO
6. CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS. CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL ANUAL O SEMESTRAL.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

NOTA ACLARATORIA

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

NO

Información de Remisiones

NO

Recomendaciones al Empleador

- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo según su ocupación.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica que requiera (Conservación Auditiva, Riesgo cardiovascular, Riesgo Biomecanico, Biológico, muscular, Respiratorio y Visual).
- Evaluar los esquemas de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles.
- Verificar en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a la IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita la historia clínica a la EPS a la cual me encuentra actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:

Dr. Henry Cedeño Castillo
MEDICO OCUPACIONAL
RM. 70552 - LIC: 1960
UNIVERSIDAD DE LA COSTA

HENRY CEDEÑO CASTILLO

JOSE ALEJANDRO GOMEZ GARCIA 1017156620

Firma y cédula del Paciente

1960 70552